

# Logbuch

zur Dokumentation der Weiterbildung gem. Weiterbildungsordnung (WBO)

über die Zusatz-Weiterbildung

## Spezielle Kinder- und Jugendurologie

ausgestellt von der Ärztekammer des Saarlandes zur WBO vom 07.10.2020

– Bearbeitungsstand: 30.11.2021 –

### Angaben zur Person

Name/Vorname (Rufname bitte unterstreichen)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Geb.-Datum

Geburtsort/ggf. -land

Akademische Grade: Dr. med.  sonstige

ausländische Grade  welche

### Weiterbildungsgang

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten seit der Approbation / § 10 BÄO in zeitlicher Reihenfolge:

| Nr. | von bis | Weiterbildungsstätte<br><small>Hochschulen, Krankenhausabt., Instituten etc.</small><br>(Ort, Name) | Weiterbilder | Gebiet/Schwerpunkt/<br>Zusatz-Weiterbildung | Zeit in<br>Monaten |
|-----|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------|--------------------|
| 1   | von bis |                                                                                                     |              |                                             |                    |

Bei Wechsel der Dienststelle verwenden Sie bitte ein neues Logbuch.

[Ggf. mit Beiblatt ergänzen. Unterbrechungen und Teilzeitgenehmigungen vermerken.]

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## Ausfüllhinweise:

Das Logbuch dient dazu, den Stand der eigenen Weiterbildung selbst zu ermitteln!

Am Anfang der Weiterbildung sollten Sie sich darüber informieren, welche Inhalte in der gewählten Weiterbildungskompetenz vermittelt werden. Diese finden Sie in der Weiterbildungsordnung und in den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung sowie in diesem Logbuch.

Mit Hilfe dieses Logbuches können Sie für sich dokumentieren, welche Kenntnisse und Fertigkeiten Sie bereits erworben haben bzw. Ihnen noch fehlen.

Bei einem Wechsel der Weiterbildungsstätte sollten Sie bereits im Bewerbungsgespräch klären, ob die Ihnen noch fehlenden Inhalte an dieser Weiterbildungsstätte vermittelt werden.

Wichtige Hinweise:

- Das Logbuch ist kontinuierlich während der gesamten Weiterbildungszeit zu führen.
- Alle Logbuchseiten sind mit Namen und Vornamen zu versehen, um eine eindeutige Identifizierung zu gewährleisten.
- Alle Unterschriften müssen identifizierbar und mit dem entsprechenden Klinik- oder Praxisstempel versehen sein.
- Sollte nicht genügend Platz für alle Angaben sein, können auch einzelne Logbuchseiten hinzugefügt werden.
- Im Logbuch ist jährlich die Anzahl der einzelnen absolvierten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einzutragen; bei den Angaben sind die realen Zahlen einzutragen. Geschätzte, gerundete oder ein „mehr als“ bzw. zusammenfassende Klammer über die Logbuchseiten mit nur einer Unterschrift sind nicht ausreichend.
- Nach Abschluss eines Weiterbildungsabschnittes – jedoch mindestens einmal jährlich – ist ein Gespräch zum Stand der Weiterbildung zwischen dem Weiterbildungsleiter und dem in Weiterbildung befindlichen Kollegen zu führen, in welchem der Stand der Weiterbildung von beiden beurteilt wird. Der Inhalt dieses Gespräches ist zu dokumentieren (siehe weiter hinten im Logbuch). Während dieses Gespräches sollten die im zurückliegenden Jahr absolvierten Inhalte besprochen und vom Weiterbildungsleiter unterschrieben werden (jede Spalte). Dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung sind die Nachweise über alle Gespräche zur Weiterbildung beizufügen (§ 8 WBO).
- Das Logbuch ist neben Zeugnis und Leistungskatalog dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung beizufügen.

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Weiterbildungsinhalte der Zusatz-Weiterbildung

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse                                                                                                                                                           | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten                                                                                                                                                                                                                              | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Kinder- und Jugendurologie</b>                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  |                                |                                           |                                     |                                          |                                                          |
| Erkrankungen des männlichen Urogenitaltraktes und des weiblichen Harntraktes im Kindes- und Jugendalter einschließlich der pränatal diagnostizierten Fehlbildungen und neonatal erworbenen Erkrankungen |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |
| Symptomatik, Differentialdiagnose und Therapieoptionen seltener und komplexer urologischer Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                         | Interdisziplinäre Zusammenarbeit einschließlich Fallkonferenzen zur Indikationsstellung zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, Aufklärung über Komplikationen, Nebenwirkungen und Alternativen einschließlich pränataler Beratung und Langzeitbetreuung von Patienten |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
| Grundlagen psychosomatischer Störungen und Erkrankungen sowie von Gedeih- und Entwicklungsstörungen                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |
| <b>Diagnostik</b>                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  |                                |                                           |                                     |                                          |                                                          |
| Methodik diagnostischer Verfahren einschließlich Funktionsuntersuchungen, Bildgebung, Endoskopie, prä- und postoperativer Ultraschall                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

## Zusatz-Weiterbildung Spezielle Kinder- und Jugendurologie

Seite 4 von 9 Seiten

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten                                                                          | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                                               | Sonographie des Abdomen und der Urogenitalorgane bei urologischen Fehlbildungen und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter | /150                                                             | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                               | Zystoskopie                                                                                                                 | /25                                                              | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                               | Urodynamik bei Fehlbildungen des unteren Harntraktes und neurogenen Blasenentleerungsstörungen                              | /30                                                              | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                               | Indikationsstellung und Befundinterpretation weiterer urologischer bildgebender Verfahren im Kindes- und Jugendalter        |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
| <b>Niere</b>                                  |                                                                                                                             |                                                                  |                                |                                           |                                     |                                          |                                                          |
|                                               | Parenchymatöse Nierenerkrankungen, Fehlbildungen, Lage- und Verschmelzungsanomalien                                         |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |
|                                               | Eingriffe an Niere, Nierenbecken, Nebenniere, Harnleiter und Retroperitoneum, insbesondere                                  | /20                                                              | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                               | – Nephrektomie                                                                                                              |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                               | – Heminephrektomie                                                                                                          |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                               | – Nierenbeckenplastik                                                                                                       |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                               | – Adrenalektomie                                                                                                            |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                               | – Lymphadenektomie                                                                                                          |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                               | – Uretero-Ureterostomie                                                                                                     |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                               | Nierenersatztherapie einschließlich Transplantation                                                                         |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |
| <b>Harnleiter</b>                             |                                                                                                                             |                                                                  |                                |                                           |                                     |                                          |                                                          |

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse                                                      | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten                                                                                               | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Fehlbildungen und Erkrankungen des Ureters                                                         |                                                                                                                                                  |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |
|                                                                                                    | Interdisziplinäres Management bei Dilatation der oberen Harnwege einschließlich vesikoureteralem Reflux                                          |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
| Komplizierte Harnwegsinfekte und Hämaturie                                                         |                                                                                                                                                  |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |
| Temporäre und rekonstruktive Harnableitungsverfahren                                               |                                                                                                                                                  |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |
| <b>Blase</b>                                                                                       |                                                                                                                                                  |                                                                  |                                |                                           |                                     |                                          |                                                          |
| Funktionsstörungen des unteren Harntraktes, vesikorener Reflux, Harnröhrenklappen, Blasenektrophie |                                                                                                                                                  |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |
|                                                                                                    | Eingriffe an Harnblase und Ureter                                                                                                                | /15                                                              | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                                                                                    | Endourologische Eingriffe, insbesondere                                                                                                          | /20                                                              | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                                                                                    | – Ureterorenoskopie                                                                                                                              |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                                                                                    | – Harnleiterunterspritzung                                                                                                                       |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                                                                                    | – intravesikale Ureterozelenschlitzung                                                                                                           |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                                                                                    | – Harnröhrenklappenoperation                                                                                                                     |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                                                                                    | Interdisziplinäres Management von Blasenspeicher- und Blasenentleerungsstörungen einschließlich Langzeitbetreuung von Patienten                  |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                                                                                    | Interdisziplinäres Management der neurogenen Blasenentleerungsstörung einschließlich Langzeitbetreuung von Patienten, z. B. bei Meningomyelocele |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse                            | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten                                                           | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Harnsteine</b>                                                        |                                                                                                              |                                                                  |                                |                                           |                                     |                                          |                                                          |
| Harnsteinerkrankungen                                                    |                                                                                                              |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |
| <b>Genitale</b>                                                          |                                                                                                              |                                                                  |                                |                                           |                                     |                                          |                                                          |
| Pubertät und ihre spezifischen Störungen                                 |                                                                                                              |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |
| Sexuelle Differenzierungsstörungen,<br>Intersexualität                   |                                                                                                              |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |
| Erkrankungen des äußeren Genitale,<br>Harnröhrenfehlbildungen            |                                                                                                              |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |
|                                                                          | Korrektur der Hypospadie aller<br>Schweregrade und anderer komplexer<br>Krankheitsbilder, z. B. buried penis | /40                                                              | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                                                          | Revisionseingriffe am Hoden                                                                                  | /10                                                              | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
| <b>Traumatologie</b>                                                     |                                                                                                              |                                                                  |                                |                                           |                                     |                                          |                                                          |
| Verletzungen des Urogenitaltraktes im<br>Kindes- und Jugendalter         |                                                                                                              |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |
| <b>Onkologie</b>                                                         |                                                                                                              |                                                                  |                                |                                           |                                     |                                          |                                                          |
| Maligne Erkrankungen des Urogenitaltraktes<br>im Kindes- und Jugendalter |                                                                                                              |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |
| <b>Nachbetreuung</b>                                                     |                                                                                                              |                                                                  |                                |                                           |                                     |                                          |                                                          |
|                                                                          | Komplikationsmanagement nach operativen<br>Eingriffen                                                        |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                                                          | Interdisziplinäre Nachsorge einschließlich<br>Einleitung und Überwachung rehabilitativer<br>Maßnahmen        |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse                                                                                               | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Grundlagen der sozialmedizinischen Begutachtung nach Behandlung von komplexen Erkrankungen des Urogenitaltraktes im Kindes- und Jugendalter |                                                    |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

| <b>Dokumentation der jährlichen Gespräche gemäß § 8 WBO</b>             |                                                    |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): _____           |                                                    |                                              |
| Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele): |                                                    |                                              |
| Datum des Gesprächs: _____                                              | Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: _____ | Unterschrift des/der Weiterzubildenden _____ |
| -----                                                                   | -----                                              | -----                                        |
| Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): _____           |                                                    |                                              |
| Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele): |                                                    |                                              |
| Datum des Gesprächs: _____                                              | Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: _____ | Unterschrift des/der Weiterzubildenden _____ |
| -----                                                                   | -----                                              | -----                                        |
| Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): _____           |                                                    |                                              |
| Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele): |                                                    |                                              |
| Datum des Gesprächs: _____                                              | Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: _____ | Unterschrift des/der Weiterzubildenden _____ |
| -----                                                                   | -----                                              | -----                                        |
| Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): _____           |                                                    |                                              |
| Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele): |                                                    |                                              |
| Datum des Gesprächs: _____                                              | Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: _____ | Unterschrift des/der Weiterzubildenden _____ |
| -----                                                                   | -----                                              | -----                                        |
| Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): _____           |                                                    |                                              |
| Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele): |                                                    |                                              |
| Datum des Gesprächs: _____                                              | Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: _____ | Unterschrift des/der Weiterzubildenden _____ |
| -----                                                                   | -----                                              | -----                                        |
| Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): _____           |                                                    |                                              |
| Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele): |                                                    |                                              |
| Datum des Gesprächs: _____                                              | Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: _____ | Unterschrift des/der Weiterzubildenden _____ |
| -----                                                                   | -----                                              | -----                                        |



# A N H A N G

## Auszug aus Abschnitt A – Paragrafenteil – der Weiterbildungsordnung

### § 2 a Begriffsbestimmungen

<sup>1</sup>Im Sinne dieser Weiterbildungsordnung werden folgende Begriffe definiert:

(1)

<sup>1</sup>**Kompetenz** umfasst die während einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatz-Weiterbildung erworbenen und nachgewiesenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten auf der Grundlage der Weiterbildungsinhalte der Abschnitte B und C der Weiterbildungsordnung und stellt eine Teilmenge eines Gebietes dar. <sup>2</sup>Die jeweiligen Kompetenzen werden insbesondere im Rahmen der beruflichen Tätigkeit während der Weiterbildung erworben und durch eine Prüfung vor der Ärztekammer nachgewiesen.

(2)

<sup>1</sup>**Fallseminar** ist eine Weiterbildungsmaßnahme mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers, wobei unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten anhand von vorgestellten Fallbeispielen und deren Erörterung Kenntnisse und Fähigkeiten sowie das dazugehörige Grundlagenwissen erweitert und gefestigt werden.

(3)

<sup>1</sup>Der **stationäre Bereich** umfasst Einrichtungen, in denen Patienten aufgenommen und/oder Tag und Nacht durchgängig ärztlich betreut werden; hierzu gehören insbesondere Krankenhausabteilungen, Rehabilitationskliniken und Belegabteilungen.

(4)

<sup>1</sup>Zum **ambulanten Bereich** gehören insbesondere ärztliche Praxen, Institutsambulanzen, Tageskliniken, poliklinische Ambulanzen und Medizinische Versorgungszentren.

(5)

<sup>1</sup>Unter **Notfallaufnahme** wird die Funktionseinheit eines Akutkrankenhauses verstanden, in welcher Patienten zur Erkennung bedrohlicher Krankheitszustände einer Erstuntersuchung bzw. Erstbehandlung unterzogen werden, um Notwendigkeit und Art der weiteren medizinischen Versorgung festzustellen.

(6)

<sup>1</sup>Als **Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung** gelten: Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Arbeitsmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Humangenetik, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Phoniatrie und Pädaudiologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Radiologie, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin und Urologie.

(7)

<sup>1</sup>Das **elektronische Logbuch** für die Weiterbildung (Logbuch) dient der kontinuierlichen Dokumentation der absolvierten Weiterbildungsinhalte durch den Weiterzubildenden sowie der Bestätigung des erreichten Weiterbildungsstandes durch den zur Weiterbildung befugten Arzt. <sup>2</sup>Das jeweilige Logbuch enthält die in den Abschnitten B bzw. C geregelten Weiterbildungsinhalte sowie Richtzahlen. <sup>3</sup>Die Darstellung erfolgt nach Maßgabe der **Anlage**.

(8)

<sup>1</sup>In einem von der Ärztekammer **fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan** können die in der Weiterbildungsordnung umschriebenen Kompetenzen näher erläutert werden; dieser kann einen Rahmen für die didaktisch-strukturierte Vermittlung der Weiterbildungsinhalte geben.